



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2005

Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation

Forstmeier, Simon ; Rüddel, Heinz

Abstract: Hintergrund: Selbstkontrolle ist ein in der Verhaltenstherapie weit verbreitetes Konzept, die Effektivität der Techniken der Selbstkontrolle ist gut belegt. In der Volitionsforschung wird der Selbstkontrolle als der selbstdisziplinierenden Volitionsform die Selbstregulation als die selbstintegrierende Volitionsform gegenübergestellt. In dieser Studie sollen diese Volitionsformen hinsichtlich Gefühlswahrnehmung, Affektivität, psychischen und körperlichen Beschwerden (Komorbidität) sowie Therapieerfolg überprüft werden. Patienten und Methode: Bei 1018 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik wurden zu Beginn der Rehabilitation der volitionale Stil sowie psychische und körperliche Beschwerden erhoben, bei 242 Patienten zusätzlich Variablen der Gefühlswahrnehmung und der Affektivität. Die Beschwerden wurden auch nach der Rehabilitation erfasst. Alle Patienten wurden in eine von vier Subgruppen des volitionalen Stils eingeteilt: selbstregulierend, selbstkontrollierend, lageorientiert, handlungsorientiert. Der «volitionale Stil» wurde als 4-stufiger Faktor in 1-faktoriellen Varianzanalysen verwendet und Mittelwertsvergleiche zwischen selbstregulierenden und selbstkontrollierenden Patienten wurden angeschlossen. Ergebnisse: Selbstregulierende Patienten haben signifikant weniger Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, weisen mehr positive und weniger negative Emotionen auf und sind weniger depressiv und symptombelastet. Sie erreichen zudem einen signifikant besseren Rehabilitationserfolg hinsichtlich Depressivität, Erschöpfung und körperlichem Beschwerdedruck. Keine Unterschiede zwischen Selbstregulation und Selbstkontrolle finden sich hinsichtlich des extern orientierten Denkstils und der körperlichen Beschwerden zu Beginn der Therapie. Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich die negativen Konsequenzen chronischer Selbstkontrolle und die Überlegenheit von Selbstregulation. Selbstkontrolle ist nur so lange adaptiv, wie sie als Verhaltensoption verfügbar ist und nur vorübergehend eingesetzt wird. Langfristig ist Selbstregulation gesünder und daher prinzipiell der Selbstkontrolle vorzuziehen.

DOI: <https://doi.org/10.1159/000087450>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-97738>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Forstmeier, Simon; Rüddel, Heinz (2005). Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation. *Verhaltenstherapie*, 15(3):158-166.

DOI: <https://doi.org/10.1159/000087450>

Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation

Simon Forstmeier · Heinz Rüddel

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, Deutschland

Schlüsselwörter

Volition · Selbstregulation · Selbstkontrolle · Psychotherapie · Psychosomatische Rehabilitation

Zusammenfassung

Hintergrund: Selbstkontrolle ist ein in der Verhaltenstherapie weit verbreitetes Konzept, die Effektivität der Techniken der Selbstkontrolle ist gut belegt. In der Volitionsforschung wird der Selbstkontrolle als der selbstdisziplinierenden Volitionsform die Selbstregulation als die selbstintegrierende Volitionsform gegenübergestellt. In dieser Studie sollen diese Volitionsformen hinsichtlich Gefühlswahrnehmung, Affektivität, psychischen und körperlichen Beschwerden (Komorbidität) sowie Therapieerfolg überprüft werden. **Patienten und Methode:** Bei 1018 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik wurden zu Beginn der Rehabilitation der volitionale Stil sowie psychische und körperliche Beschwerden erhoben, bei 242 Patienten zusätzlich Variablen der Gefühlswahrnehmung und der Affektivität. Die Beschwerden wurden auch nach der Rehabilitation erfasst. Alle Patienten wurden in eine von vier Subgruppen des volitionalen Stils eingeteilt: selbstregulierend, selbstkontrollierend, lageorientiert, handlungsorientiert. Der «volitionale Stil» wurde als 4-stufiger Faktor in 1-faktoriellen Varianzanalysen verwendet und Mittelwertsvergleiche zwischen selbstregulierenden und selbstkontrollierenden Patienten wurden angeschlossen. **Ergebnisse:** Selbstregulierende Patienten haben signifikant weniger Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, weisen mehr positive und weniger negative Emotionen auf und sind weniger depressiv und symptombelastet. Sie erreichen zudem einen signifikant besseren Rehabilitationserfolg hinsichtlich Depressivität, Erschöpfung und körperlichem Beschwerdedruck. Keine Unterschiede zwischen Selbstregulation und Selbstkontrolle finden sich hinsichtlich des extern orientierten Denkstils und der körperlichen Beschwerden zu Beginn der Therapie. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich die negativen Konsequenzen chronischer Selbstkontrolle und die Überlegenheit von Selbstregulation. Selbstkontrolle ist nur so lange adaptiv, wie sie als Verhaltensoption verfügbar ist und nur vorübergehend eingesetzt wird. Langfristig ist Selbstregulation gesünder und daher prinzipiell der Selbstkontrolle vorzuziehen.

Key Words

Volition · Self-regulation · Self-control · Psychotherapy · Psychosomatic rehabilitation

Summary

On the Superiority of Self-Regulation over Self-Control in Psychotherapy and Psychosomatic Rehabilitation

Background: Self-control is a widely used concept in behavior therapy. The efficacy of self-control techniques has been well-proven. In research on volition, self-control as the self-disciplining volitional style is contrasted to self-regulation as the self-integrating volitional style. In this study, differences between these volitional styles are examined in regard to emotion perception, habitual affect, psychological and physical complaints (comorbidity) and therapy outcome. **Patients and Methods:** 1,018 patients were tested for volitional style, depression, global symptom pressure and physical complaints prior to an inpatient treatment and rehabilitation program. 242 out of these patients were also tested for emotion perception and habitual affect. Symptom variables were remeasured after treatment. All patients were categorized into one of four subgroups of volitional style: self-regulating, self-controlling, state oriented, action oriented. The «volitional style» was used as factor in a 1-way ANOVA, followed by comparisons among means of the self-regulating and the self-controlling patients. **Results:** Self-regulating patients have significantly less difficulties to identify their emotions. They reveal more positive and less negative emotions and are less depressive and symptom burdened. They also yield a significantly better therapy outcome regarding depression, fatigue and physical complaints. No differences between self-regulation and self-control can be found regarding externally oriented thinking and physical complaints at baseline. **Conclusions:** The results show very clearly the negative consequences of constant self-control and the superiority of self-regulation. Self-control is only adaptive as long as it is flexibly employed as behavior option for limited periods of time. In the long run, self-regulation is healthier and should be preferred to self-control, in principle.

Einleitung

Seit den 1970er Jahren haben Techniken der Selbstkontrolle einen festen Platz im verhaltenstherapeutischen Methodenspektrum [z.B. Thoresen und Mahoney, 1974; Reinecker, 1978; Kanfer et al., 2000]. Selbstkontrolle wird in der klinischen Literatur üblicherweise aus zwei Bestimmungsstücken definiert: Erstens steht die Person in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt in Bezug auf ein bestimmtes Verhalten, da dieses sowohl negative als auch positive Konsequenzen hat (z.B. mag das Rauchen einer Zigarette zwar kurzfristig Entspannung versprechen, hat aber langfristig gesundheitliche Schäden). Zweitens ändert die Person durch eine kontrollierende Verhaltensweise die Auftretenswahrscheinlichkeit des konflikthaften Verhaltens (z.B. kann ein Raucher die Zigarettenanzahl reduzieren, indem er nicht mehr in seiner Wohnung raucht).

Die *Techniken der Selbstkontrolle* können in zwei Kategorien eingeteilt werden, Stimuluskontrolle und Konsequenzkontrolle [Thoresen und Mahoney, 1974; Reinecker, 1978]. Zur Stimuluskontrolle gehört die Kontrolle externer Reize (z.B. durch detaillierte Planung eines Verhaltens oder durch Stimuluseingrenzung, d.h. ein Verhalten nur noch in bestimmten Situationen zu zeigen) sowie die Kontrolle interner Reize (Gedankenstopp). Zur Konsequenzkontrolle zählen Selbstbelohnung und Selbstbestrafung.

Vor allem in den 70er Jahren wurden zahlreiche Studien durchgeführt, die die Effektivität der verschiedenen Techniken belegen konnten. Die Kontrolle externer Reize erwies sich z.B. als effektiv zur Reduktion von Übergewicht [z.B. McReynolds et al., 1976; Weiss, 1977], zur Reduktion des Rauchens [z.B. Nolan, 1968; Roberts, 1969] und zum Aufbau von Lern- und Arbeitsverhalten [z.B. Fox, 1966; Goldiamond, 1965]. Die Kontrolle interner Reize zeigte sich effektiv z.B. zur Kontrolle von Redeangst [Groeger, 1977], des Rauchens [Lamontagne et al., 1978] und depressiven Grübelns [Nigl, 1976]. Die Effektivität von Selbstbelohnung konnte belegt werden z.B. zum Aufbau von Lernverhalten [z.B. Bolstad und Johnson, 1972; Jackson und Van Zoost, 1972] und zur Reduktion sozialer Angst [Rehm und Marston, 1968]. Bei Selbstbestrafung ist die Datenlage nicht so eindeutig, es gibt aber auch einige Hinweise für ihre Effektivität, z.B. zur Reduktion sexuell devianten Verhaltens [Solomon, 1964] und des Rauchens [Mees, 1966]. In späteren Studien wurden Selbstkontrolltechniken im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme eingesetzt [z.B. Powell, 2004; Kanfer et al., 2000; Baumeister und Vohs, 2004].

In der *Volitionsforschung*, einem Teilbereich der allgemeinen sowie der Persönlichkeitspsychologie, wird Selbstkontrolle als eine von zwei Volitionsformen expliziert. Die Theorie der willentlichen Handlungssteuerung von Kuhl [1992, 1996, 2000, 2001] konzeptionalisiert Volition als die zentrale Steuerungsinstanz, die psychische Prozesse so koordiniert, dass die Umsetzung einer Intention optimiert wird. «Die Begriffe *Volition*

und *Wille* bezeichnen eine Kategorie kooperierender psychischer Funktionen, welche bei Vorliegen von näher zu bestimmenden Realisierungsschwierigkeiten die zeitliche, räumliche, inhaltliche und stilistische Koordination einer großen Zahl einzelner Teilfunktionen innerhalb und zwischen verschiedenen Subsystemen und -funktionen wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Kognition, Emotion, Motivation, Aktivierung («Temperament») und Bewegungssteuerung (Motorik) aufgrund eines einheitlichen Steuerungsprinzips vermittelt, das wir als «Absicht» oder «Ziel» bezeichnen.» [Kuhl, 1996, S. 678]. Volition ähnelt damit einer Führungskraft in einer sozialen Organisation, die Mitarbeiter und Abteilungen koordinieren muss, damit sie optimal funktioniert [Kuhl, 1996]. So wie es in sozialen Organisationen unterschiedliche Führungsstile gibt (z.B. autoritär, demokratisch), gibt es auch unterschiedliche «intrapyschische» Führungsstile, nämlich die zwei volitionalen Selbststeuerungsformen Selbstregulation und Selbstkontrolle. Die wichtigsten Unterschiede sind in Tabelle 1 dargestellt.

Selbstkontrolle wird in der Volitionsliteratur ganz ähnlich charakterisiert wie in der klinischen Literatur. Bei der Selbstkontrolle wird (wie beim autoritären Führungsstil) eine Intention «diktatorisch» durchgesetzt, indem diejenigen psychischen Subsysteme gehemmt bzw. diejenigen psychischen Prozesse unterdrückt werden, die der Intention zuwiderlaufen. Um einer Intention absolute Priorität einzuräumen, werden Emotionen, Bedürfnisse, körperliche Empfindungen usw. unterdrückt [Kuhl, 1996]. Von den beiden Aufgaben der Volition, *Zielerhaltung* und *Selbsterhaltung*, wird nur die *Zielerhaltung* angestrebt [Kuhl und Fuhrmann, 1998]. Selbstkontrolle ist der *selbstdisziplinierende* Stil der Selbststeuerung. Sie hilft, Ziele von hoher Priorität zu verfolgen, die nicht in der persönlichen Zielstruktur verwurzelt sind. Dabei werden allerdings selbstkongruente Ziele, Bedürfnisse und Emotionen ignoriert, was zu negativen Emotionen und Stress führen kann. Subjektiv ist Selbstkontrolle mit Anstrengung und Bewusstheit der volitionalen Bemühungen assoziiert. Zu den Selbstkontrollkompetenzen gehören Intentionskontrolle, Planungsfertigkeit, Impulskontrolle und Initiierungskontrolle [Kuhl, 1996, 2001].

Bei der *Selbstregulation* wird dagegen (wie beim demokratischen Führungsstil) versucht, möglichst viele psychische Subsysteme an der Planung und Durchführung einer Intention zu beteiligen. Die Subsysteme der Emotion, Motivation, Aktivierung, Aufmerksamkeit, Kognition, Sensorik und Motorik «unterhalten sich» und modifizieren die Intentionen, aber auch die Inhalte der Subsysteme (widerstrebende Bedürfnisse, Gefühle usw.) derart, dass möglichst viele hinter einer gemeinsamen Intention vereinigt sind [Kuhl, 1996]. Volition als zentrale Steuerungsinstanz verlässt sich dann weitgehend auf die kooperativen Subsysteme und greift nur ein, wenn nachreguliert werden muss. Zielerhaltung und Selbsterhaltung werden simultan erreicht [Kuhl und Fuhrmann, 1998], Selbstregulation ist der *selbstintegrierende* Stil der Selbststeuerung. Weil nur relativ kurze Regulationsepisoden notwendig sind,

Tab. 1. Einige Unterschiede zwischen Selbstkontrolle und Selbstregulation

Selbstkontrolle	Selbstregulation
Ein Ziel wird verfolgt, obwohl es mit anderen psychischen Systemen in Konflikt steht.	Ein Ziel wird verfolgt, das in Einklang mit den meisten psychischen Systemen ist.
Psychische Prozesse, die dem Ziel zuwiderlaufen, werden unterdrückt.	Bei Konflikten werden entweder das Ziel oder die Inhalte der anderen psychischen Systeme modifiziert.
Fertigkeiten: z.B. Planungsfertigkeit, Impulskontrolle	Fertigkeiten: z.B. Aufmerksamkeitslenkung, Selbstmotivierung, Gefühlsmanagement
Folge: negative Emotionen und Stress	Folge: positive Emotionen und leichte Bewältigung von Stress

ist Selbstregulation häufig nicht bewusst. Angenommen wird weiterhin, dass bei Selbstregulation das Belohnungssystem aktiviert wird, das mit positiven Emotionen einhergeht. Positive Emotionen erleichtern eine holistische, integrierte Repräsentation von Zielen, Emotionen, dem Selbst usw., sie erleichtern die Toleranz gegenüber kurzen Perioden negativer Emotionalität sowie die Aufrechterhaltung der Handlung unter Stress. Zu den Selbstregulationskompetenzen gehören Aufmerksamkeitslenkung, Selbstmotivierung, Gefühlsmanagement, Selbstberuhigung, Selbstaktivierung und Misserfolgsbewältigung [Kuhl, 1996, 2001].

Selbstkontrolle und Selbstregulation können auf zwei Arten beeinträchtigt sein [Kuhl, 1996, 2001]: (1) Bei einem *Kompetenzdefizit* sind einzelne volitionale Kompetenzen grundsätzlich schwach entwickelt. Dies kann daran liegen, dass eine Person keine Strategien zur Selbstmotivierung, zum Gefühlsmanagement, zur Aufmerksamkeitssteuerung usw. kennt oder «kann» (im Sinne prozeduralen Wissens). Es kann aber auch daran liegen, dass eine Person gar nicht weiß, dass sie mit bestimmten Strategien ihre Motivation, Emotion, Aufmerksamkeit usw. beeinflussen kann. (2) Bei einem *Effizienzdefizit* ist die grundsätzlich vorhandene volitionale Kompetenz vorübergehend beeinträchtigt (Volitionshemmung). Dieser Zustand wird als Lageorientierung bezeichnet [Kuhl, 1983].

Kuhl [2001; Kuhl und Fuhrmann, 1998] zeigte, dass Patienten mit psychischen Störungen Defizite in verschiedenen volitionalen Kompetenzen aufweisen. Diese Defizite sind weitgehend störungsunspezifisch. Insbesondere die Selbstregulationskompetenzen sind gestört, weniger die Selbstkontrollkompetenzen. Bereits auf der Grundlage der älteren Theorie der Lageorientierung [Kuhl, 1983] konnte gezeigt werden, dass Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen lageorientierter sind als eine gesunde Kontrollgruppe [Hautzinger, 1994; Stiensmeier-Pelster und Schürmann, 1994; Bossong, 1999; Hartung, 1990]. Volitionale Defizite bzw. Lageorientierung werden auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen [Hartung, 1990; Henn et al., 1997; Kosfelder, 2000], Depression [de Jong-Meyer und Engberding, 1996; Hautzinger, 1994] und der hyperkinetischen Störung [Gerjets et al., 2002] diskutiert.

In bisherigen Studien wurde nicht der Frage nachgegangen,

wie sich selbstregulierende Patienten (mit Defiziten in Selbstkontrolle, aber nicht in Selbstregulation) und selbstkontrollierende Patienten (mit Defiziten in Selbstregulation, aber nicht in Selbstkontrolle) unterscheiden. Lediglich im Kontext eines Managementtrainings konnten Kehr et al. [1999] zeigen, dass Selbstregulation mit mehr positiven Gefühlen, einem besseren Erinnern von Intentionen sowie einem besseren Transferergebnis einherging als Selbstkontrolle.

In dieser Studie werden vier Hypothesen zu den Unterschieden zwischen Selbstkontrolle und Selbstregulation überprüft:

1. *Selbstregulierende Personen nehmen ihre Gefühle besser wahr als selbstkontrollierende Personen.* Selbstregulation ist gekennzeichnet durch einen störungsfreien Zugriff auf das assoziative Netzwerk von Selbstrepräsentationen, Bedürfnissen, Gefühlen, Erfahrungen usw. Bei Selbstkontrolle ist dieser Zugriff eingeschränkt zugunsten der Aktivierung einer einzelnen Intention.

2. *Selbstregulierende Personen haben mehr positive und weniger negative Gefühle als selbstkontrollierende Personen.* Dies ist direkt aus der «Theorie der willentlichen Handlungssteuerung» abzuleiten. Selbstregulation aktiviert das Belohnungssystem, das mit positiven Emotionen verbunden ist, Selbstkontrolle dagegen das Bestrafungssystem, das mit negativen Emotionen assoziiert ist.

3. *Selbstregulierende Personen haben weniger psychische und körperliche Beschwerden als selbstkontrollierende Personen (Komorbidität).* Da chronische Selbstkontrolle einhergeht mit einem häufigen Ignorieren selbstkongruenter Bedürfnisse, Emotionen und Ziele, was zu Stress, negativen Emotionen und physiologischer Aktivierung führt, und da flexible selbstregulierende Fertigkeiten nicht verfügbar sind, ist die Grundlage geschaffen für eine Reihe von emotionalen und körperlichen Problemen.

4. *Selbstregulierende Personen erreichen am Ende einer verhaltenstherapeutischen stationären Behandlung einen besseren Therapieerfolg als selbstkontrollierende Personen.* Dies wird erwartet, weil selbstregulierende Patienten wegen ihrer guten Selbstwahrnehmung und funktionierenden Selbst-Kompatibilitäts-Prüfung nur solche Intentionen verfolgen, die vom gesamten Selbstsystem unterstützt werden, und weil sie flexibel selbstregulierende Strategien anwenden können.

Tab. 2. Merkmale der Stichproben

	Gesamtstichprobe (n = 1018)	Teilstichprobe (n = 242)	t	χ^2	p
Alter, Jahre (M \pm SD)	42,80 \pm 11,54	42,94 \pm 10,85	-0,17		0,862
Anteil Frauen (%)	76,0	77,3		0,17	0,683
Familienstand (%)				3,42	0,635
– Ledig	21,6	22,7			
– Verheiratet	45,7	41,3			
– Getrennt lebend	6,2	5,4			
– Geschieden	16,0	16,5			
– Verwitwet	4,0	5,4			
– Wiederverheiratet	3,3	5,0			
Behandlungsdauer, Tage (M \pm SD)	41,36 \pm 12,56	44,69 \pm 11,63	-3,77		0,000
AU im letzten Jahr, Wochen (M \pm SD)	8,02 \pm 13,05	9,93 \pm 14,88	-1,99		0,047
SCL-9, t-Wert (M \pm SD)	79,65 \pm 1,39	83,15 \pm 17,73	-2,53		0,012
ADS, t-Wert (M \pm SD)	61,95 \pm 9,33	64,32 \pm 8,85	-3,55		0,000
GBB, t-Wert (M \pm SD)					
– Erschöpfung	68,31 \pm 14,85	69,57 \pm 14,93	-1,19		0,236
– Magenbeschwerden	57,96 \pm 14,18	58,13 \pm 14,38	-0,17		0,864
– Gliederschmerzen	61,94 \pm 12,22	62,99 \pm 12,42	-1,19		0,235
– Herzbeschwerden	62,27 \pm 15,43	62,38 \pm 15,92	-0,09		0,927
– Gesamt (Beschwerdedruck)	65,22 \pm 12,87	66,07 \pm 12,93	-0,91		0,363
Häufigste Diagnosen (%)					
– Depressive Episode	26,9	26,4		0,02	0,882
– Rez. depressive Störung	20,6	24,4		1,94	0,200
– Anpassungsstörung	19,7	19,4		0,01	0,910
– Angststörungen ¹	21,8	23,1		0,20	0,653
– Tinnitus	19,4	17,4		0,51	0,476
– Adipositas	21,2	30,2		8,86	0,003
– Essentielle Hypertonie	16,4	19,4		1,26	0,261
– Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	21,3	24,0		0,81	0,370

AU = Arbeitsunfähigkeit.

¹Angststörungen = Summe von Agoraphobie, Sozialer Phobie, Spezifischer Phobie, Panikstörung, Generalisierter Angststörung.

Patienten und Methoden

Stichproben

Alle Patienten waren in stationärer Behandlung in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach. Alle neu aufgenommenen Patienten im Zeitraum von April 2002 bis August 2003 (mit kurzen Unterbrechungen, insgesamt 57 Wochen) wurden nach Aufklärung gebeten, an der Studie teilzunehmen. Von 1590 angesprochenen Patienten erklärten sich 1018 (64,03%) mit unterschiedlichsten psychischen und psychosomatischen Störungen zur Teilnahme bereit. Es gab keine Ausschlusskriterien. 242 Patienten erklärten sich bereit, zu Beginn der Behandlung zusätzlich zur psychometrischen Standardbatterie der Klinik (ADS, SCL-9, GBB, SSI, s.u.) noch weitere Fragebogen auszufüllen (TAS-26, PANAS, s.u.). Diese Teilstichprobe nahm an einer zusätzlichen Studie teil [Forstmeier, 2005; Forstmeier und Rüddel, persönliche Daten], für die ein Einschlusskriterium das Vorliegen von volitionalen Defiziten war, definiert als t-Wert <50 in den SSI-Makrokomponenten Selbstregulation und/oder Selbstkontrolle (s.u.). Die Symptomvariablen (ADS, SCL-9, GBB) wurden zur Bestimmung des Therapieerfolgs auch zum Entlassungszeitpunkt erhoben. Das Versuchsprotokoll wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer in Mainz genehmigt. In Tabelle 2 finden sich die Merkmale der Stichproben. Die Gesamt- und Teilstichprobe gleichen sich weitgehend, es zeigen sich nur wenige statistisch signifikante Unterschiede. Die größere Belastung der Teilstichprobe mag eine Folge der größeren volitionalen Defizite dieser Patienten sein.

Behandlung

Je nach Art der Problematik und Patientenmerkmale wird der Patient auf einer verhaltensmedizinisch oder psychoanalytisch arbeitenden Station der psychosomatischen Rehabilitationsklinik behandelt [Rüddel, 2004]. Die Patienten der Teilstichprobe stammen ausschließlich aus der verhaltensmedizinischen Abteilung. Jeder Patient wird von einem Bezugstherapeuten (Psychologe oder Arzt) durch die Behandlung geführt, der in wöchentlichen Einzelsitzungen mit dem Patienten Behandlungsziele und Behandlungsplan ableitet und Kernprobleme bearbeitet. Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Arbeit liegt in den verhaltenstherapeutischen bzw. psychoanalytischen Gruppentherapien. Zusätzlich werden körper-, sozial- und ergotherapeutische Behandlungsangebote sowie die ärztliche Betreuung durchgeführt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 41,4 Tagen (SD = 12,6).

Untersuchungsinstrumente

Zur Messung der volitionalen Kompetenz wird das Selbststeuerungs-Inventar [SSI, Version 3; Kuhl und Fuhrmann, 1998, 2000] verwendet. Die 190 Items verteilen sich auf 38 Skalen, die die «Mikrokomponenten» der Selbststeuerung darstellen. Diese werden in sechs «Makrokomponenten» gruppiert: Selbstregulation, Selbstkontrolle, Willenshemmung, Selbsthemmung, Selbstvertrauen und Volitionsvermeidung. Da es in der vorliegenden Arbeit um die Volitionsformen Selbstregulation und Selbstkontrolle geht, werden nur die Skalen dieser Makrokomponenten verwendet. Verzichtet wird auf die Skalen «Selbstbestimmung» und «automatische

Tab. 3. Verwendete volitionale Kompetenzen aus dem SSI [Kuhl und Fuhrmann, 1998, 2000]

Selbstregulation (Willensbahnung)
2. Zielbezogene Aufmerksamkeit – bewusst (Aufmerksamkeitslenkung)
4. Positive Selbstmotivierung (Motivationsregulation)
5. Stimmungsmanagement (Emotionsregulation)
6. Belastungsabhängige Wachheit (Selbstaktivierung)
7. Belastungsabhängige Selbstberuhigung
8. Entscheidungsfähigkeit
13. Misserfolgsbewältigung
Selbstkontrolle (Zielorientierung)
9. Zielvergegenwärtigung (Intentionskontrolle 1)
10. Vergesslichkeitsvorbeugung (Intentionskontrolle 2)
11. Planungsfähigkeit
12. Impulskontrolle
14. Initiative (Initiierungskontrolle)

Aufmerksamkeit». Die in dieser Studie verwendete Kurzversion des SSI besteht daher aus 60 Items, die zu den Skalen 2 und 4–14 gehören (Tab. 3). Zur Erstellung dieser SSI-Kurzversion wurden die 60 Items in eine neue, randomisierte Reihenfolge gebracht. Die interne Konsistenz der Selbstregulations- und Selbstkontrollskalen kann als hoch bezeichnet werden (Cronbachs Alpha: 0,68–0,86) [Kuhl und Fuhrmann, 2000]. Der Patient beurteilt auf einer 4-stufigen Skala, wie sehr die jeweilige Aussage des Items auf ihn zutrifft. Die Skalenrohwerte ergeben sich als Summe der Itemwerte, wobei einige Werte vor der Summierung umgepolt werden müssen. Als Normen liegen T-Werte, getrennt für Männer und Frauen, vor [Kuhl und Fuhrmann, 2000]. Für die weitere Datenanalyse werden Durchschnittswerte für die beiden Makrokomponenten Selbstregulation und Selbstkontrolle berechnet. Diese erhält man, indem der Mittelwert der t-Werte der Selbstregulationsskalen bzw. der Selbstkontrollskalen berechnet wird.

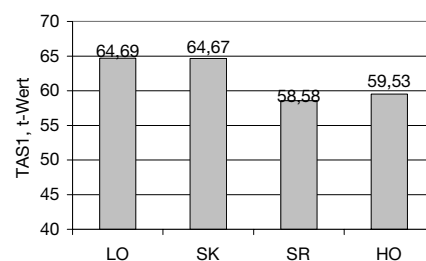
Weitere Untersuchungsinstrumente sind: die Allgemeine Depressionsskala [ADS; Hautzinger und Bailer, 1993] zur Selbstbeurteilung des Schweregrades depressiver Symptome; die Symptom-Checkliste SCL-9 [Klaghofer und Brähler, 2001], eine eindimensionale Kurzform der SCL-90-R [Franke, 2002] zur Selbstbeurteilung der globalen Symptombelastung; der Giesse-ner Beschwerdebogen [GBB; Brähler und Scheer, 1995] zur Selbstbeurteilung körperlicher Beschwerden in den Bereichen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden, zuzüglich eines Gesamtwerts für den Beschwerdedruck; die «Positive and Negative Affect Schedule» [PANAS; Krohne et al., 1996] zur Selbstbeurteilung der positiven und negativen habituellen Affektivität; die Toronto-Alexithymie-Skala-26 [TAS-26; Kupfer et al., 2001] zur Selbstbeurteilung von Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen.

Datenanalyse

Zur Überprüfung des Therapieerfolgs (Hypothese 4) werden die Prä-Post-Effektstärken verwendet. Hierzu wird die Formel von Steyer et al. [1997] eingesetzt, die anstelle der Differenz zwischen Post- und Prätest die Differenz zwischen dem tatsächlichen und dem erwarteten Posttestwert verwendet. Unter der Nullhypothese, dass keine wahre intraindividuelle Veränderung auftritt, kann zur Schätzung des erwarteten Posttestwertes der Mittelwert der Prätestwerte verwendet werden. Außerdem geht in die Formel die Reliabilität der Prätest-Messung ein, hierfür wird in dieser Arbeit die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) verwendet.

$$ES = \frac{(x_{\text{post}} - M_{\text{prä}}) - REL_{\text{prä}} * (x_{\text{prä}} - M_{\text{prä}})}{SD_{\text{prä}}} \quad (1)$$

Abb. 1. Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (TAS-26) in Abhängigkeit vom volitionalen Stil.



Alle Patienten werden in eine von vier Subgruppen des volitionalen Stils eingeteilt: niedrige Kompetenzen in beiden Volitionsformen (vollständig lageorientiert); niedrige Selbstkontroll- und hohe Selbstregulationskompetenzen (selbstregulierend); hohe Selbstkontroll- und niedrige Selbstregulationskompetenzen (selbstkontrollierend); hohe Kompetenzen in beiden Volitionsformen (vollständig handlungsorientiert). Nach Median-Dichotomisierung weist ein t-Wert über dem Median auf hohe Kompetenzen in der jeweiligen Volitionsform (Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle) hin, ein Wert unter dem Median auf niedrige Kompetenzen. In der Gesamtstichprobe ist der Median für Selbstregulation 48,29 und für Selbstkontrolle 54,96, in der Teilstichprobe 42,98 für Selbstregulation und 52,67 für Selbstkontrolle.

Der volitionale Stil wird als 4-stufiger Faktor in 1-faktoriellen, multivariaten und univariaten Varianzanalysen verwendet. Die Variablen der Gefühlswahrnehmung (TAS-26) und Affektivität (PANAS) werden gemeinsam in einer multivariaten Varianzanalyse überprüft, die Symptomvariablen (ADS, SCL-9, GBB) in einer zweiten multivariaten Varianzanalyse, da erstere nur für die Teilstichprobe erhoben wurden. Als multivariater Signifikanztest wird der Pillai-Test verwendet. Bei den Therapieerfolgsvariablen (Effektstärken) als abhängige Variablen werden univariate Kovarianzanalysen gerechnet, da jeweils der Prätestwert als Kovariate verwendet wird. Im Anschluss an die Varianz- bzw. Kovarianzanalyse wird jeweils ein Mittelwertsvergleich zwischen den selbstregulierenden und selbstkontrollierenden Patienten durchgeführt (mit Alpha-Adjustierung nach Bonferroni).

Ergebnisse

Gefühlswahrnehmung und Affektivität

Der multivariate Signifikanztest zeigte, dass sich die kombinierten abhängigen Variablen der Gefühlswahrnehmung und Affektivität in den vier volitionalen Stilen signifikant unterscheiden ($F_{(18, 681)} = 3,40$; $p < 0,001$). Dies ist auf Unterschiede in allen abhängigen Variablen zurückzuführen, wie die univariaten Tests zeigen (Tab. 4).

Patienten mit unterschiedlichen volitionalen Stilen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Gefühlswahrnehmung (Identifikation von Gefühlen, Beschreibung von Gefühlen, extern orientierter Denkstil und Alexithymie-Gesamtwert). Der Mittelwertsvergleich zwischen den selbstregulierenden und selbstkontrollierenden Patienten zeigt, dass selbstregulierende Personen signifikant weniger Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen haben (Abb. 1). Sie unterscheiden sich jedoch nicht hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, des extern orientierten Denkstils und des Alexithymie-Gesamtwertes.

Tab. 4. Gefühls-
wahrnehmung
(TAS-26), Affekti-
vität (PANAS),
Beschwerden (ADS,
SCL-9, GBB,
Diagnoseanzahl) und
Therapieerfolg
(Effektstärken) in
Abhängigkeit vom
volitionalen Stil und
Ergebnisse der univa-
riaten ANOVA

	Volitionaler Stil				Univariate ANOVA		Diff. SR – SK
	LO	SK	SR	HO	Volitio- naler Stil (F)	Kovariate: Prätest-Wert (F)	
Gefühlswahrnehmung (TAS-26)							
– Identifikation von Gefühlen	64,69	64,67	58,58	59,53	5,69***		–6,09*
– Beschreibung von Gefühlen	61,66	60,07	57,94	57,33	2,75*		–2,13
– Extern orientierter Denkstil	54,14	51,70	53,14	49,03	4,05**		1,38
– Gesamtwert Alexithymie	64,62	63,22	59,38	57,89	6,86***		–3,84
Affektivität (PANAS)							
– Positiver Affekt	30,00	33,38	40,89	39,64	13,30***		7,51**
– Negativer Affekt	71,77	70,56	61,35	64,58	7,57***		–9,21**
Beschwerden							
– Depressivität (ADS)	65,75	64,28	58,14	58,78	27,66***		–6,71***
– Globale Symptombelastung (SCL-9)	84,11	83,03	75,73	73,49	14,20***		–7,03*
– Erschöpfung (GBB1)	70,53	71,39	66,03	65,51	5,78***		–3,93
– Magenbeschwerden (GBB2)	59,90	59,35	57,48	55,49	2,08		–1,72
– Gliederschmerzen (GBB3)	62,98	63,51	60,24	60,88	2,91*		–4,09
– Herzbeschwerden (GBB4)	63,80	64,28	60,80	60,37	1,71		–3,12
– Körperliche Beschw. (GBB-Ges.)	67,19	67,61	63,36	62,87	4,61**		–3,89
Anzahl der Diagnosen	3,63	3,46	3,48	3,33	3,28*		0,003
Therapieerfolg							
– ES in Depressivität (ADS-K)	0,76	0,82	1,10	1,19	13,10***	335,50***	–0,27*
– ES in globale Symptombel. (SCL-9)	0,81	0,82	1,03	1,07	4,26**	210,35***	–0,21
– ES in Erschöpfung (GBB1)	0,55	0,53	0,81	0,88	9,78***	253,50***	–0,28*
– ES in Magenbeschwerden (GBB2)	0,30	0,35	0,51	0,52	5,33***	147,18***	–0,16
– ES in Gliederschmerzen (GBB3)	0,45	0,44	0,60	0,66	3,80*	38,34***	–0,16
– ES in Herzbeschwerden (GBB4)	0,41	0,37	0,56	0,58	4,38**	127,62***	–0,19
– ES in körperl. Beschw. (GBB-Ges.)	0,57	0,56	0,81	0,86	7,68***	157,68***	–0,25; p = 0,06

LO = lageorientiert; SK = selbstkontrollierend; SR = selbstregulierend; HO = handlungsorientiert.

ES = Effektstärke.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Patienten mit unterschiedlichen volitionalen Stilen unterscheiden sich auch hinsichtlich des Ausmaßes an positiver und negativer Affektivität. Der Faktor «volitionaler Stil» wird statistisch hochsignifikant sowohl für positiven als auch für negativen Affekt. Der Mittelwertsvergleich zwischen den selbstregulierenden und selbstkontrollierenden Patienten zeigt ebenfalls hochsignifikante Differenzen im positiven und im negativen Affekt (Abb. 2). Selbstregulierende Personen haben also mehr positive und weniger negative Gefühle als selbstkontrollierende Personen.

Psychische und körperliche Beschwerden (Komorbidität)

Der multivariate Signifikanztest zeigt, dass sich die kombinierten abhängigen Variablen der Symptomvariablen in den vier volitionalen Stilen signifikant unterscheiden ($F_{(24, 1767)} = 4,70$; $p < 0,001$). Dies ist auf Unterschiede in allen abhängigen Variablen außer Magen- und Herzbeschwerden zurückzuführen, wie die univariaten Tests zeigen (Tab. 4). Die Mittelwertsvergleiche zeigen, dass selbstregulierende Patienten signifi-

kant weniger depressiv und weniger belastet sind als selbstkontrollierende Patienten (Abb. 3). Sie unterscheiden sich jedoch nicht hinsichtlich der körperlichen Beschwerden (alle GBB-Skalen). Es zeigte sich aber, dass handlungsorientierte Patienten (Selbstregulation und Selbstkontrolle hoch) signifikant mehr körperliche Beschwerden haben als lageorientierte (Selbstregulation und Selbstkontrolle niedrig) (Diff. = –3,60; $p < 0,05$) und weniger Diagnosen haben (Diff. = –0,44; $p < 0,05$).

Therapieerfolg

In allen Skalen der ADS, SCL-9 und GBB wird in 1-faktoriellen Kovarianzanalysen der volitionale Stil statistisch signifikant (Tab. 4). Die Mittelwertsvergleiche zeigen, dass selbstregulierende Patienten einen größeren Therapieerfolg (Effektstärken) haben als selbstkontrollierende in den Variablen Depressivität (Abb. 4), körperliche Beschwerden und Erschöpfung (Abb. 4). Keine Unterschiede finden sich in der globalen Symptombelastung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden.

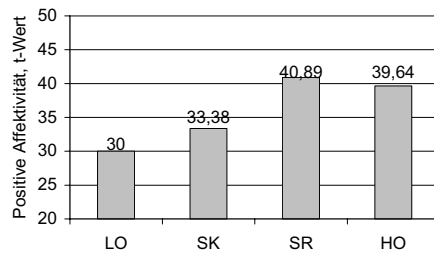


Abb. 2. Positive und negative Affektivität (PANAS) in Abhängigkeit vom volitionalen Stil.

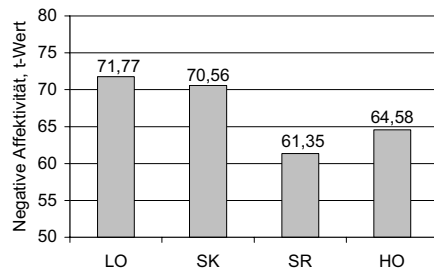


Abb. 3. Depressivität (ADS) in Abhängigkeit vom volitionalen Stil.

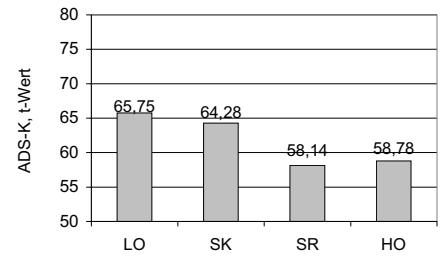
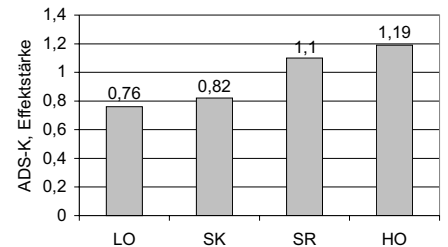


Abb. 4. Therapieerfolg (Effektstärken) in Depressivität (ADS) in Abhängigkeit vom volitionalen Stil.



Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen die weitgehende Überlegenheit von Selbstregulation gegenüber Selbstkontrolle. Selbstregulierende Patienten haben weniger Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, weisen mehr positive und weniger negative Emotionen auf, sind weniger depressiv und symptombelastet. Selbstregulierende Patienten erreichen zudem einen besseren Rehabilitationserfolg hinsichtlich Depressivität, Erschöpfung und körperlichem Beschwerdedruck. Keine Unterschiede zwischen Selbstregulation und Selbstkontrolle finden sich hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen und des extern orientierten Denkstils, der körperlichen Beschwerden sowie hinsichtlich des Therapieerfolgs in globaler Symptombelastung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden. Die Unterschiede zwischen Selbstregulation und Selbstkontrolle sind weitgehend im Einklang mit Kuhls Theorie der willentlichen Handlungssteuerung. Selbstregulation und Selbstkontrolle werden als unterschiedliche Konfigurationen des Extensions- und Intensionsgedächtnisses sowie des positiven und negativen Affekts beschrieben. Selbstregulation ist gekennzeichnet durch einen störungsfreien Zugriff auf das Extensionsgedächtnis, ein großes assoziatives Netzwerk von Selbstrepräsentationen, Bedürfnissen, Gefühlen, Erfahrungen usw., das durch holistisches Fühlen im Gegensatz zu analytischem Denken charakterisiert ist. Bei Selbstkontrolle ist dieser Zugriff gehemmt zugunsten einer Aktivierung des Intensionsgedächtnisses und einer leichten Steuerung durch externe Reize. Der gute Zugriff auf das Extensionsgedächtnis bei Selbstregulation wird auch durch die Befunde zur besseren Gefühlswahrnehmung bzw. zu geringeren Alexithymie-Maßen bei Selbstregulation gestützt. Der Befund, dass Selbstregulation stärker mit dem Therapieerfolg assoziiert ist

als Selbstkontrolle, bestätigt ein Ergebnis der Prädiktorstudie von Forstmeier und Rüddel [2004]: Selbstregulationskompetenzen korrelieren weitaus höher mit Outcome-Maßen als Selbstkontrollfertigkeiten.

Ist Selbstkontrolle nun immer unangebracht? Ein klares Nein ist die Antwort. Selbstkontrolle hilft der Person, Ziele mit einer hohen Priorität zu verfolgen, die jedoch nicht in der persönlichen Zielstruktur und dem Selbst-System verwurzelt sind. Dies ist bei notwendigen, aber aversiven Zielen der Fall (z.B. Zahnarztbesuch) oder beim Widerstehen attraktiver, aber unerwünschter Ziele (z.B. Zigarette rauchen, Aggressionsausbruch). Auch in der Selbstmanagement-Therapie [Kanfer, 1987; Kanfer und Gaelick-Buys, 1991; Kanfer et al., 2000] wird die Notwendigkeit von Selbstkontrolle unterstrichen. Selbstkontrolle ist aber nur so lange adaptiv, wie sie als Verhaltensoption verfügbar ist und nur vorübergehend eingesetzt wird. Bei chronischer Selbstkontrolle entwickeln sich die oben beschriebenen Nachteile, die durch den gehemmten Zugriff auf das Extensionsgedächtnis und den Zusammenhang mit negativem Affekt bedingt sind.

Wenn als Trennwert zwischen hoher vs. niedriger Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle nicht der Median, wie in dieser Studie, herangezogen wird, sondern ein t-Wert von 50, werden die meisten, nämlich 45,7% der Patienten als selbstkontrollierend kategorisiert, nur 2,2% als selbstregulierend, 13,9% als lageorientiert und 38,3% als handlungsorientiert. Wenn also Volitionsdefizite (gemessen an einer Normpopulation) bestehen, dann fehlen fast immer Selbstregulationskompetenzen, und der Patient neigt zur (chronischen) Selbstkontrolle. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass in einer Psychotherapie zum einen die Selbstregulationskompetenzen trainiert werden sollten, zum anderen exzessiv eingesetzte Selbstkontrollkompetenzen reduziert und unter flexiblen Einsatz gebracht werden sollen. Ryan [1998, S. 118] bemerkt in

ähnlicher Weise auf der Basis seiner Selbstbestimmungstheorie: «I see much of my job as a clinician as one helping people move from self-controlled forms of regulation toward more autonomous forms.»

Die Unterscheidung in zwei Volitionsmodi wird auch innerhalb anderer Theoriesysteme getroffen. Hervorzuheben ist hier die Unterscheidung von Selbstbestimmung versus Kontrolle bei Deci und Ryan [1985, 1991]. In ihrer Theorie der Selbstbestimmung nehmen sie an, dass psychische Bedürfnisse, nämlich primär Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit, zentral sind für Gesundheit und Persönlichkeitswachstum. Bleiben die zentralen Bedürfnisse unbefriedigt, droht Krankheit. Das Autonomiebedürfnis bezieht sich auf das Streben, das eigene Verhalten als selbstbestimmt zu erleben, d.h. im Einklang mit den Inhalten des Selbst-Systems. Kontrollierte Regulation zeigt sich dagegen in Verhalten, das nicht aus dem Selbst entspringt. Dies ist z.B. bei zwanghafter externer Kontrolle der Fall oder bei rigiden, internalisierten Forderungen. Selbstbestimmung und Kontrolle bei Deci und Ryan korrespondieren dabei gut mit Selbstregulation und Selbstkontrolle bei Kuhl.

Für die verhaltenstherapeutische Praxis lässt sich aus dieser Studie schlussfolgern, dass die gezielte Förderung volitionaler Kompetenzen stärker berücksichtigt werden sollte. Dabei sollte besonders auf den Aufbau selbstregulierender Aktivitäten und den Abbau exzessiver Selbstkontrolle geachtet werden. Es scheint, dass Willensförderung in der Verhaltenstherapie weitgehend als Nebenprodukt der Symptomverbesserung gesehen wird. Unter dieser Perspektive muss der Wille nicht gezielt gefördert werden, sondern wird sozusagen «automatisch» durch eine störungsspezifische Psychotherapie gestärkt. Verwandt mit dieser Sichtweise ist das «Willens-Neglect-Phänomen», wie es Hartmann und Kuhl [2004] nennen: Volition wird kaum berücksichtigt, da andere Konstrukte wie Motivation, Zielsetzung, Hoffnung auf Erfolg, Entscheidung usw. das abzudecken scheinen, was intuitiv mit dem Willensbegriff gemeint ist. Zusätzliche Bedeutungen der Volition gehen dabei jedoch unter. Wenn jedoch volitionale Kompetenzen, insbesondere Selbstregulationskompetenzen, während einer Psychotherapie oder psychosomatischen Rehabilitation gezielt gefördert werden, kann der Therapieerfolg noch verbessert werden. Hierzu wurde die «Gruppentherapie zur Förderung volitionaler Kompetenzen» [GFVK; Forstmeier und Rüddel, 2002a,b] entwickelt, ursprünglich zum Einsatz im Rahmen der Behandlung in einer psychosomatischen Klinik. Sie liefert Strategien, Arbeitsblätter, Imaginations- und Verhaltensübungen, mit Hilfe derer die einzelnen volitionalen Kompetenzen gezielt gestärkt werden können. In Tabelle 3 sind die wichtigsten Selbstregulations- und Selbstkontrollkompetenzen aufgelistet. Das Material der GFVK ist auch sehr gut zum Einsatz in der Einzeltherapie geeignet. Die Effektivität dieses Volitionstrainings ist gut belegt [Forstmeier,

2005]: Durch den Einsatz der GFVK in einer psychosomatischen Klinik konnten die guten Effektstärken der verhaltenstherapeutischen Standardtherapie (z.B. SCL-9: 0,71; ADS: 0,88) noch verbessert werden auf sehr gute Effektstärken (SCL-9: 1,11; ADS: 1,17).

Begrenzungen der Studie

Es gibt einige Begrenzungen dieser Studie. Erstens wurden die Variablen zur Gefühlswahrnehmung und Affektivität nur an einer Teilstichprobe erhoben (242 von 1018), die zudem etwas stärker symptombelastet ist als die Gesamtstichprobe. Dies ist auf das Selektionskriterium zurückzuführen, das auf die Teilstichprobe angewendet wurde, weil diese an einer zusätzlichen Studie teilnahm. Diese Patienten mussten volitionale Defizite aufweisen, was mit erhöhter Symptomatik einherging. Da lediglich Baseline-Werte verwendet wurden, dürfte die zusätzliche Studie jedoch keine Auswirkung auf die dargestellten Ergebnisse haben (außer dem Selektionseffekt). Zweitens nahmen nur 64,03% der zu Beginn angesprochenen Patienten teil (1018 von 1590). Es liegen keine Daten zum Unterschied zwischen Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern vor. Da ein Selektionseffekt nicht auszuschließen ist, wäre eine Replikationsstudie wünschenswert, bei der die relevanten Fragebogen von allen Patienten standardmäßig bearbeitet werden. Drittens lässt sich aufgrund dieser Studie keine Aussage über die Veränderung von Selbstregulation, Selbstkontrolle und den anderen Variablen machen. Längsschnittdaten wären hierzu sinnvoll, die uns vorliegen, aber an anderer Stelle berichtet werden [Forstmeier, 2005; Forstmeier und Rüddel, persönliche Daten]. Schließlich müssen die Ergebnisse auf dem Hintergrund der Erhebungsmethode interpretiert werden. Die Variablen wurden lediglich mittels Selbstbeurteilung erhoben. Besonders zur Messung des Therapiefortschrittes wäre ergänzend die Verwendung von Fremdbeurteilung sinnvoll. In weiterführenden Studien ist zu empfehlen, sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzungen einzusetzen, um ein realistischeres Bild zu erhalten.

Schlussfolgerungen

Bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen sollte mehr auf den Aufbau von volitionalen Selbstregulations-Kompetenzen geachtet werden. Exzessiv eingesetzte Selbstkontrollkompetenzen sollten hinterfragt und ihre Auftretenshäufigkeit reduziert werden. Die zukünftige Forschung sollte sich damit beschäftigen, welche der Selbstregulationskompetenzen besonders relevant sind und bei welchen Störungen eine differentielle Wirksamkeit zu erzielen ist. Weiterhin wäre es wichtig zu untersuchen, auf welche Art und zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf einzelne Module der GFVK in der ambulanten Psychotherapie am besten eingesetzt werden.

Literatur

- Baumeister RF, Vohs KD (eds): Handbook of self-regulation: Research, Theory, and Applications. New York, Guilford, 2004
- ▶ Bolstad OD, Johnson SM: Self-regulation in the modification of disruptive classroom behavior. *J Appl Behav Anal* 1972;5:443–454.
- Bossong B: Stress und Handlungskontrolle: Die volitionale Kompetenz bei der Bewertung und Bewältigung aversiver Erfahrungen. Göttingen, Hogrefe, 1999.
- Brähler E, Scheer JW: Der Giessener Beschwerdebogen (GBB), ed 2. Bern, Huber, 1995.
- de Jong-Meyer R, Engberding M: Anwendung motivations- und volitionspsychologischer Konzepte auf Erklärung und Behandlung von Depressionen; in Reinecker HS, Schmelzer D (Hrsg): Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag. Göttingen, Hogrefe, 1996, pp 283–306.
- Deci EL, Ryan RM: Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. New York, Plenum, 1985.
- Deci EL, Ryan RM: A motivational approach to self: Integration in personality; in Dienstbier E (ed): Nebraska Symposium on Motivation, 1991, pp 237–288.
- Forstmeier S: Willenstraining. Förderung volitionaler Kompetenzen in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation. Berlin, WiKu, 2005.
- Forstmeier S, Rüdell H: Begleitheft der Gruppentherapie «So werde ich willensstark!». Bad Kreuznach, Matthias Ess, 2002a.
- Forstmeier S, Rüdell H: So werde ich willensstark! Manual der Gruppentherapie zur Förderung volitionaler Kompetenzen. Bad Kreuznach, Matthias Ess, 2002b.
- Forstmeier S, Rüdell H: Volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von Psychotherapien und psychosomatischer Rehabilitation. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 2004;67:206–215.
- Fox L: Effecting the use of efficient study habits. *J Mathematics* 1966;1:76–86.
- Frankel GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis, ed 2. Göttingen, Beltz, 2002.
- ▶ Gerjets P, Graw T, Heise E, Westermann R, Rothenberger A: Handlungskontrolldefizite und störungsspezifische Zielintentionen bei der Hyperkinetischen Störung. I: Ein handlungspsychologisches Rahmenmodell. *Z Klin Psychol Psychother* 2002;31:89–98.
- ▶ Goldiamond I: Self-control procedures in personal behavior problems. *Psychol Rep* 1965;17:851–868.
- Groeger W: Zur Funktion kognitiver Bewältigungsstrategien in Angstsituationen. Bochum, Unveröffentlichte Dissertation, 1977.
- Hartmann K, Kuhl J: Der Wille in der Verhaltenstherapie; in Petzold HG, Sieper J (Hrsg): Der Wille in der Psychotherapie, Bd 2: Systemische, verhaltenstherapeutische und integrative Verfahren. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 2004, pp 7–44.
- Hartung J: Psychotherapie phobischer Störungen. Zur Handlungs- und Lageorientierung im Therapieprozess. Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag, 1990.
- Hautzinger M: Action control in the context of psychopathological disorders; in Kuhl J, Beckmann J (ed): Volition and Personality: Action versus State Orientation. Göttingen, Hogrefe, 1994.
- Hautzinger M, Bailer M: Allgemeine Depressionsskala. Weinheim, Beltz, 1993.
- Henn G, Wilken B, de Jong-Meyer R: Handlungskontrolle in der Therapie phobischer Störungen. *Verhaltensther Verhaltensmed* 1997;18:301–315.
- ▶ Jackson B, Van Zoost B: Changing study behaviors through reinforcement contingencies. *J Couns Psychol* 1972;19:192–195.
- Kanfer FH: Selbstregulation und Verhalten; in Heckhausen H., Gollwitzer PM, Weinert FE (Hrsg): Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin, Springer, 1987, pp 286–299.
- Kanfer FH, Gaelick-Buys L: Self-management methods; in Kanfer FH, Goldstein AP (eds): Helping People Change, ed 4. New York, Pergamon, 1991, pp 305–360.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagement-Therapie, ed 3. Berlin, Springer, 2000.
- ▶ Kehr HM, Bles P, von Rosenstiel L: Self-regulation, self-control, and management training transfer. *Int J Educ Res* 1999;31:487–498.
- ▶ Klaghofer R, Brähler E: Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2001;49:115–124.
- Kosfelder J: Handlungsorientierung durch Lösungsfokus: Eine klinisch-psychologische Interventionsstudie. Osnabrück, Der Andere Verlag, 2000.
- ▶ Krohne HW, Egloff B, Kohlmann CW, Tausch A: Untersuchungen mit einer deutschen Version der «Positive and Negative Affect Schedule» (PANAS). *Diagnostica* 1996;42:139–156.
- Kuhl J: Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Heidelberg, Springer, 1983.
- Kuhl J: A theory of self-regulation: Action versus state orientation, self-discrimination, and some applications. *Appl Psychol Int Rev* 1992;41:97–129.
- Kuhl J: Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung; in Kuhl J, Heckhausen H (Hrsg): Motivation, Volition und Handlung (Enzyklopädie der Psychologie: C, 4, 4). Göttingen, Hogrefe, 1996, pp 665–765.
- ▶ Kuhl J: The volitional basis of Personality Systems Interaction Theory: applications in learning and treatment contexts. *Int J Educ Res* 2000;33:665–705.
- Kuhl J: Motivation und Persönlichkeit: Interaktion psychischer Systeme. Göttingen, Hogrefe, 2001.
- Kuhl J, Fuhrmann A: Decomposing self-regulation and self-control: The Volitional Components Inventory; in Heckhausen J, Dweck CS (eds): Motivation and Self-Regulation across the Life Span. Cambridge, Cambridge University Press, 1998, pp 15–49.
- Kuhl J, Fuhrmann A: Volitional Components Questionnaire 3 (VCQ-3, SSI): Fragebogen, Auswertungsschlüssel und T-Werte. Osnabrück, Universität Osnabrück, 2000.
- Kupfer J, Brosig B, Brähler E: TAS-26: Toronto-Alexithymie-Skala-26. Göttingen, Hogrefe, 2001.
- ▶ Lamontagne Y, Gagnon MA, Trudel G, Boisvert JM: Thought-stopping as a treatment for reducing cigarette smoking. *Int J Addict Intern* 1978;13:297–305.
- ▶ McReynolds WT, Lutz RN, Paulsen BK: Weight loss resulting from two behavior modification procedures with nutritionists as therapists. *Behav Ther* 1976;7:283–291.
- ▶ Mees HL: Sadistic fantasies modified by aversive conditioning and substitution. *Behav Res Ther* 1966;4:317–320.
- ▶ Nigl AJ: Use of thought-stopping and self-reinforcement in treatment of depression. *Psychol Rep* 1976;38:843–846.
- ▶ Nolan JD: Self-control procedures in the modification of smoking behavior. *J Consult Clin Psychol* 1968;32:92–93.
- ▶ Powell DH: Behavioral treatment of debilitating test anxiety among medical students. *J Clin Psych* 2004;60:853–865.
- ▶ Rehm LP, Marston AR: Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: An investigation therapy technique. *J Consult Clin Psychol* 1968;32:565–574.
- Reinecker H: Selbstkontrolle: Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlage, Techniken und Therapiemethoden. Salzburg, Otto Müller, 1978.
- ▶ Roberts AH: Self-control procedures in modification of smoking behavior: Replication. *Psychol Rep* 1969;24:675–676.
- Rüdell H: Arbeitsgrundlage der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach. Bad Kreuznach, Matthias Ess, 2004.
- Ryan RM: Commentary: Human psychological needs and the issues of volition, control, and outcome focus; in Heckhausen J, Dweck CS (eds): Motivation and Self-Regulation across the Life Span. Cambridge, Cambridge University Press, 1998, pp 114–133.
- ▶ Solomon FL: Punishment. *Am Psychol* 1964;19:239–353.
- Steyer R, Hannover W, Telser C, Kriebel R: Zur Evaluation intraindividueller Veränderung. *Z Klin Psychol* 1997;26:291–299.
- Stiensmeier-Pelster J, Schürmann M: Antecedents and consequences of action versus state orientation: theoretical and empirical remarks; in Kuhl J, Beckmann J (eds): Volition and Personality: Action versus State Orientation. Göttingen, Hogrefe, 1994.
- Thoresen CE, Mahoney MJ: Behavioral self-control. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1974.
- ▶ Weiss A: A behavioral approach to the treatment of adolescent obesity. *Behav Ther* 1977;8:720–726.